

CONHECIMENTO DO USUÁRIO DE UMA EMERGÊNCIA

PEDIÁTRICA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito para conclusão da graduação em Enfermagem.

Aluna: Bruna Jéssica Silva de Souza.

Orientadora: Rutheanne Melo de Siqueira

Coorientadora: Isabela Alves Pereira

Colaboradora: Carina Ribeiro de Oliveira

RECIFE
2020

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------|-----------|
| I. INTRODUÇÃO..... | 4 |
| II. METODOLOGIA..... | 6 |
| III. RESULTADOS..... | 7 |
| IV. DISCUSSÃO..... | 13 |
| V. CONCLUSÃO..... | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 18 |
| ANEXO I..... | 20 |
| ANEXO II..... | 22 |
| ANEXO III..... | 23 |

Conhecimento do usuário de uma emergência pediátrica sobre classificação de risco

Bruna Jéssica Silva de Souza¹
Isabela Alves Pereira²
Carina Ribeiro de Oliveira³
Rutheanne Melo de Siqueira⁴

Resumo: Objetivo: Descrever o conhecimento do usuário de uma emergência pediátrica sobre classificação de risco. Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa que foi realizado através de um recorte de uma pesquisa maior, por meio de pesquisa de dados secundários provenientes do banco construído durante a realização do estudo anterior. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevista com os usuários na emergência pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) logo após a classificação de risco da criança. A amostra foi calculada através do programa EPI- INFO e assim foi constituída por 373 acompanhantes de crianças em atendimento na emergência pediátrica supracitada. Não houve necessidade para este estudo de um instrumento para coleta de dados uma vez que os dados do estudo já se encontram tabulados em planilhas do Excel. Os dados foram analisados através do Softwares SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e o Excel 2010. Resultados: Do total de entrevistados a maioria dos acompanhantes das crianças eram as mães. A escolaridade de 56,5% da amostra foi de segundo grau completo. Os resultados mostram ainda que 70,1% das crianças atendidas estavam identificadas com a pulseira da cor verde. Sobre o funcionamento da classificação de risco, observou-se que 51,4% dos usuários não souberam explicar o significado das cores das pulseiras que as crianças receberam durante a classificação de risco. A maior parte dos usuários (94,9%) não sabia o nome do profissional que o atendeu e 54,4% desconhecia qual a profissão do mesmo. O serviço social (54,6%) e a ouvidoria (45,4%) foram reconhecidos pelos usuários, como locais onde poderiam realizar reclamações, embora a maior parte dos entrevistados (71,5%) não sabia onde realizar uma reclamação caso não fosse bem atendido durante a classificação de risco. Este estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa e respeitou os aspectos éticos de acordo com a resolução 466/2012 CEP/CONEP.

Palavras-chave: Emergências. Assistência à Saúde. Classificação. Risco. Conhecimento. Enfermagem.

Abstract: Objective: To describe the user's knowledge of a pediatric emergency about risk classification. Method: This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach that was carried out through a section of a larger research, through the search of secondary data from the database built during the previous study. Data collection took place between the months of November 2018 and February 2019, through interviews with users in the pediatric emergency room of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) right after the child's risk classification. The sample was calculated using the EPI-INFO program and thus consisted of 373 companions of children attending the aforementioned pediatric emergency. Escorts of children who had received a "red" risk rating were excluded from the study. There was no need for this study for an instrument for data collection since the study data are already tabulated in Excel spreadsheets. The data were analyzed using Softwares SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows and Excel 2010. Results: Of the total respondents, most of the patients' companions were mothers. The schooling of 56.5% of the sample was complete high school. The results also show that 70.1% of the children attended were identified with the green bracelet. Regarding the functioning of the risk classification, it was observed that 51.4% of users were unable to explain the meaning of the bracelet colors that the children received during the risk classification. Most users (94.9%) did not know the name of the professional who attended them and 54.4% did not know their profession. The social service (54.6%) and the ombudsman (45.4%) were recognized by users as

¹ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde.

² Enfermeira especialista de saúde da criança.

³ Enfermeira Estomatoterapeuta, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde e Enfermeira da SES-PE.

⁴ Mestre em Cuidados Paliativos; Especialista em Saúde da Criança; Tutora do 4º período de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

places where they could make complaints, although most of the interviewees (71.5%) did not know where to make a complaint if they did not. was well attended during the risk classification. this study was approved by the imip research ethics committee and respected the ethical aspects according to resolution 466/2012 cep / conep.

Keywords: Emergencies. Health Care. Classification. Risk. Knowledge. Nursing.

I. Introdução

O acolhimento e classificação de risco em serviços de urgência e emergência surgiram no Brasil a partir de 2004, sendo, portanto, algo recente tanto para os usuários do SUS quanto para os de serviços privados.^{1,2}

Embora frequentemente ocorra, é um equívoco considerar “acolhimento” e “classificação de risco” como palavras sinônimas. Segundo o Ministério da Saúde, acolhimento é a recepção do usuário desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços para continuidade da assistência. Acolher o usuário é responsabilidade de toda a equipe de saúde.³

Por outro lado, a classificação de risco consiste na reordenação da fila de espera por atendimento, de acordo com a gravidade dos doentes e não pela ordem de chegada, contudo, baseada em protocolos. A mesma deve ser realizada por profissionais capacitados e habilitados pela sua lei de exercício profissional.⁴

No Brasil, é comum a classificação de risco ser realizada pelo profissional enfermeiro.⁴ O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da resolução nº 423/2012, normatiza sua participação nesta atividade, onde o mesmo desempenha um papel muito importante durante o acolhimento, atuando na escuta qualificada das queixas e situações expostas pelo paciente e na classificação de risco priorizando os casos de maior gravidade^{5,6}

Para realizar a classificação de risco em serviços de emergência, é necessário que o profissional utilize protocolos de triagem para o atendimento de usuários com situações clínicas grave. As escalas frequentemente são constituídas de cinco níveis de urgência, sendo utilizadas na pediatria algumas como The PaediatricCanadianTriageandAcuityScale (PaedCTAS), The Manchester Triage System (MTS), EmergencySeverity Index (ESI) e AustralianTriageScale (ATS)¹

A triagem de Manchester é um sistema de classificação bastante utilizado, que avalia e determina o nível de urgência do paciente. O enfermeiro responsável coleta informações sobre a queixa principal do paciente e avalia sinais de gravidade, assim irá selecionar o fluxo mais adequado para seguir o paciente será classificado nas categorias: Emergência (cor vermelha) atendimento imediato; Muito urgente (cor laranja) pode esperar por 10 minutos; Urgente (cor amarela) tempo de espera de até 60 minutos; Pouco Urgente (cor verde) podendo esperar 120 minutos; Não Urgente (cor azul) o paciente pode esperar até 240 minutos pelo atendimento ou até mesmo consulta ambulatorial. Para cada nível é estabelecido um tempo para o atendimento médico e para a reavaliação pelo enfermeiro⁷.

Segundo o Ministério da saúde, é direito do paciente conhecer seu grau de urgência, tempo de espera e prioridade no atendimento ainda na sala de classificação de risco e garantindo também atendimento de “portas abertas”, ou seja, por demanda espontânea.³

O acolhimento do usuário deve ocorrer também no momento de espera do atendimento, onde ele fica mais ocioso e pensando nisso é que em muitas instituições existem banners informativos explicando sobre acolhimento e classificação, contudo, nem todos os usuários sabem ler ou interpretar o que lêem.⁸

Portanto, possivelmente usuários do sistema único de saúde (SUS), muitas vezes não possuem conhecimento sobre o funcionamento da classificação de risco e/ou não compreendem o significado da cor da pulseira que recebeu e nem o tempo levado até o atendimento médico, mesmo que seja explicado durante o atendimento na classificação, por este motivo, quando são classificados como de menor prioridade, os usuários costumam ficar inseguros e insatisfeitos com a assistência recebida⁹.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da classificação de risco da emergência pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife, Pernambuco.

II. Metodologia

Trata-se de um recorte de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa realizado por meio de pesquisa de dados secundários provenientes do banco construído durante a realização de uma pesquisa maior intitulada “Satisfação do usuário sobre a classificação de risco em uma emergência pediátrica do Recife” realizada na emergência pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife – Pernambuco no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019.

A população do estudo foi composta por todos os acompanhantes de crianças em atendimento na emergência pediátrica supracitada durante o período de coleta de dados. O cálculo do tamanho amostral foi realizado utilizando o programa EPI- INFO (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, EUA). Logo, a amostra foi constituída por 373 indivíduos usuários do serviço da emergência pediátrica.

O critério de inclusão foi o acompanhante da criança ter sido atendido na classificação de risco da referida emergência. Não houve necessidade para este estudo de construir um instrumento para coleta de dados, pois em um trabalho anterior, as

informações sobre o conhecimento dos usuários sobre classificação de risco, já haviam sido coletadas através de um instrumento construído pela pesquisadora autora do trabalho, instrumento constituído de um questionário contendo variáveis sociodemográficas e variáveis sobre o conhecimento do usuário sobre funcionamento da classificação de risco e satisfação do usuário. Os dados desse estudo já se encontravam tabulados em planilhas do Excel.

Os dados foram armazenados no Microsoft Office Excel 2010 e foram agrupados e contabilizados de acordo com a frequência e a porcentagem das questões que correspondem aos objetivos do estudo. Os dados foram analisados através do Softwares SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e o Excel 2010.

Este estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa conforme ditam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo 3.021.426 e CAAE 00180618.4.0000.5201.

III. Resultados

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos acompanhantes de crianças atendidas na emergência pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Assim, podemos observar que os responsáveis que mais frequentemente acompanhavam os pacientes eram as mães (83,3%), seguidos dos pais (5,9%). Identificamos uma porcentagem de 3,8% referente a outros membros da família como irmão (ã), primo (a), padrasto e madrasta. Quanto ao sexo podemos observar que

a maioria dos entrevistados foram mulheres, 94,6% e os homens corresponderam a 5,4% dos sujeitos.

A maioria dos entrevistados na emergência pediátrica do IMIP era de cor parda (63,7%). Houve também uma pequena porcentagem (3%) em que os entrevistados se declararam indígenas ou de cor amarela. A grande maioria 56,5% apresentou escolaridade de segundo grau completo, seguido dos 35,1% que concluíram o primeiro grau e apenas 7,3% possuíam nível superior.

Dos entrevistados, um total de 52,8% afirmou que morava na cidade do Recife tendo sua moradia predominantemente na zona urbana (93,8%). A porcentagem dos entrevistados que não possuía plano de saúde foi de 94,9% e a motivação pela procura do serviço foi por ter uma boa experiência anterior (72,9%).

A maior parte das crianças atendidas no serviço, 70,1% foi classificada com a pulseira da cor verde e a segunda maior porcentagem foram dos pacientes classificados com pulseiras amarelas (19,8%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos acompanhantes de crianças atendidas na emergência pediátrica no IMIP, Recife, PE, 2019.

| Variáveis | n (373) | % |
|----------------------|----------------|----------|
| Parentesco | - | - |
| Mãe | 311 | 83,3 |
| Pai | 22 | 5,9 |
| Avó/avô | 21 | 5,6 |
| Madrinha/padrinho | 1 | 0,3 |
| Tio/tia | 14 | 3,8 |
| Outros | 4 | 1,1 |
| Sexo | - | - |
| Feminino | 353 | 94,6 |
| Masculino | 20 | 5,4 |
| Raça | - | - |
| Branca | 54 | 14,5 |
| Preta | 70 | 18,8 |
| Parda | 238 | 63,7 |
| Amarela/Indígena | 11 | 3,0 |
| Escolaridade | - | - |
| Analfabeto | 4 | 1,1 |
| Até 1º grau completo | 131 | 35,1 |
| Até 2º grau completo | 211 | 56,5 |
| Superior | 27 | 7,3 |

| | | |
|-------------------------------|-----|------|
| Cidade | - | - |
| Recife | 197 | 52,8 |
| RMR | 117 | 31,4 |
| Interior | 59 | 15,8 |
| Local de moradia | - | - |
| Zona urbana | 350 | 93,8 |
| Zona rural | 23 | 6,2 |
| Plano de saúde | - | - |
| Não | 354 | 94,9 |
| Sim | 19 | 5,1 |
| Busca pelo serviço | - | - |
| Experiência anterior positiva | 272 | 72,9 |
| Indicação | 63 | 16,9 |
| Transferência | 38 | 10,2 |
| Cor da pulseira | - | - |
| Verde | 261 | 70,1 |
| Amarela | 74 | 19,8 |
| Branca | 27 | 7,2 |
| Vermelha | 11 | 2,9 |
| Turno | - | - |
| Tarde | 214 | 57,4 |
| Amanhã | 159 | 42,6 |

A tabela 2 mostra o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da classificação de risco, onde se observou que em sua maioria, os usuários não souberam explicar o significado das cores das pulseiras que as crianças receberam durante a classificação de risco (51,4%). Parte dos entrevistados, 38,9%, sabia o significado de cada uma das cores de pulseiras existentes na unidade de saúde de maneira parcial e apenas 5,1% sabia responder de forma completa.

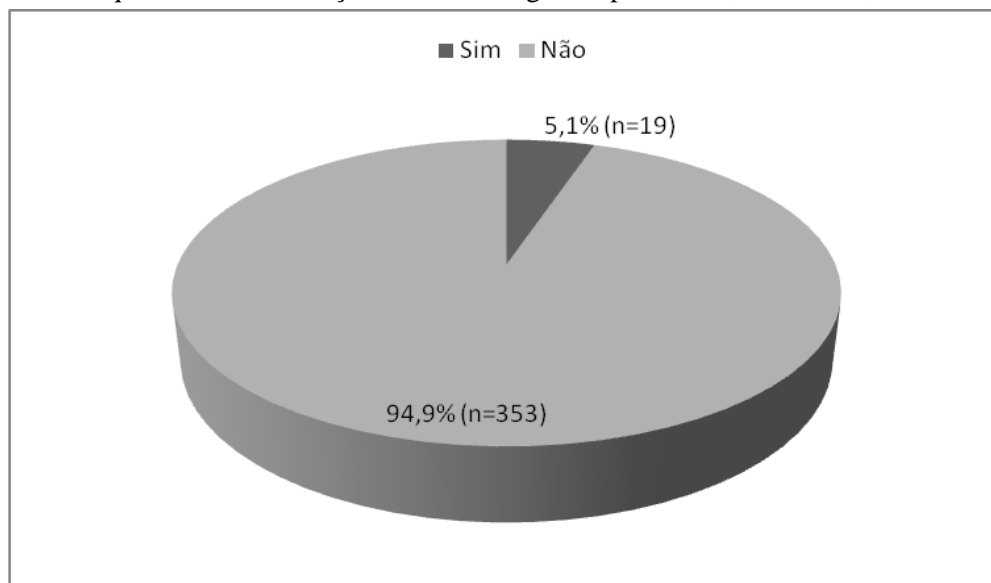
Em relação ao conhecimento do usuário sobre o tempo de espera estimado de acordo com a pulseira recebida, 89,8% não sabia informar o tempo de espera para o seu atendimento, e, quando questionados sobre a finalidade da classificação de risco como atendimento inicial na emergência, 63,8% dos entrevistados não souberam responder de maneira satisfatória, dessa forma, apenas 29,5% respondeu sobre sua finalidade satisfatoriamente.

Tabela 2 – Conhecimento do usuário sobre o funcionamento da classificação de risco de uma emergência pediátrica em Recife, PE. 2019

| Variáveis | n (373) | % |
|--|---------|------|
| Significado das cores da pulseira | | |
| Sabe muito | 19 | 5,1 |
| Sabe parcialmente | 145 | 38,9 |
| Não sabe responder | 192 | 51,4 |
| Não teve experiências anteriores | 17 | 4,6 |
| Sabe o tempo de espera | | |
| Sim | 38 | 10,2 |
| Não | 335 | 89,8 |
| Finalidade da classificação | | |
| Muito satisfatória | 10 | 2,7 |
| Satisfatória | 110 | 29,5 |
| Insatisfatória | 15 | 4,0 |
| Não sabe responder | 238 | 63,8 |

O gráfico 1 apresenta o resultado em relação ao conhecimento do paciente sobre o nome do profissional da classificação de risco que atendeu a criança, onde a maior parte dos sujeitos, 94,9% desconhecia o nome do profissional que realizou o atendimento.

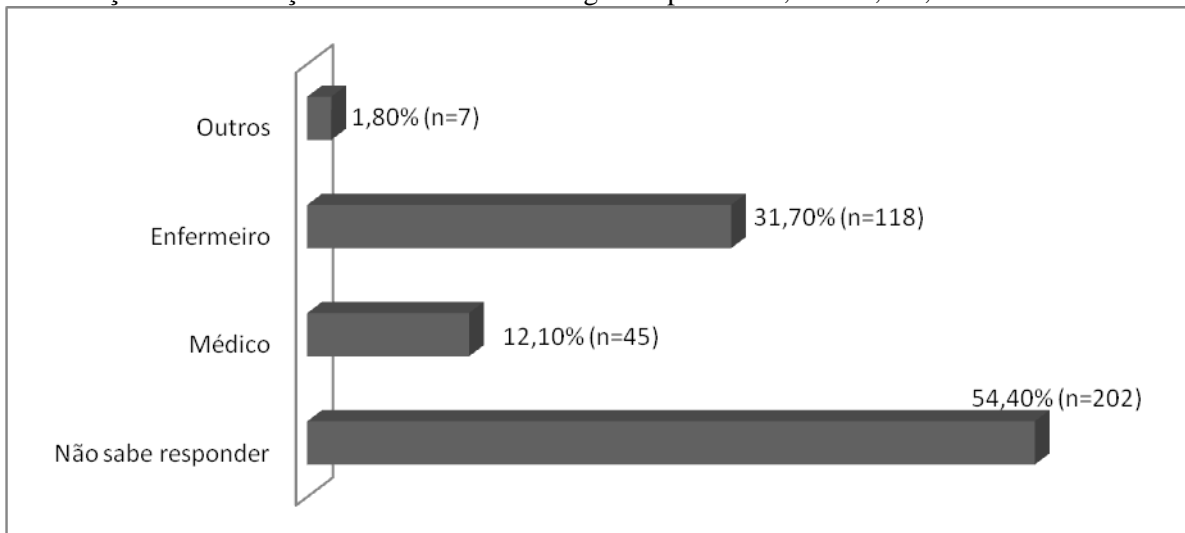
Gráfico 1 – Conhecimento do usuário sobre o nome do profissional da classificação de risco que atendeu a criança em uma emergência pediátrica, Recife, PE, 2019.



*n=372, pois um dos entrevistados não respondeu ao questionário.

O gráfico 2 mostra que quando os usuários foram questionados em relação à formação do profissional de saúde por quem foi atendido, 54,4% dos entrevistados não sabiam responder, porém entre os usuários que responderam, a enfermagem foi a categoria profissional mais citada (31,7%).

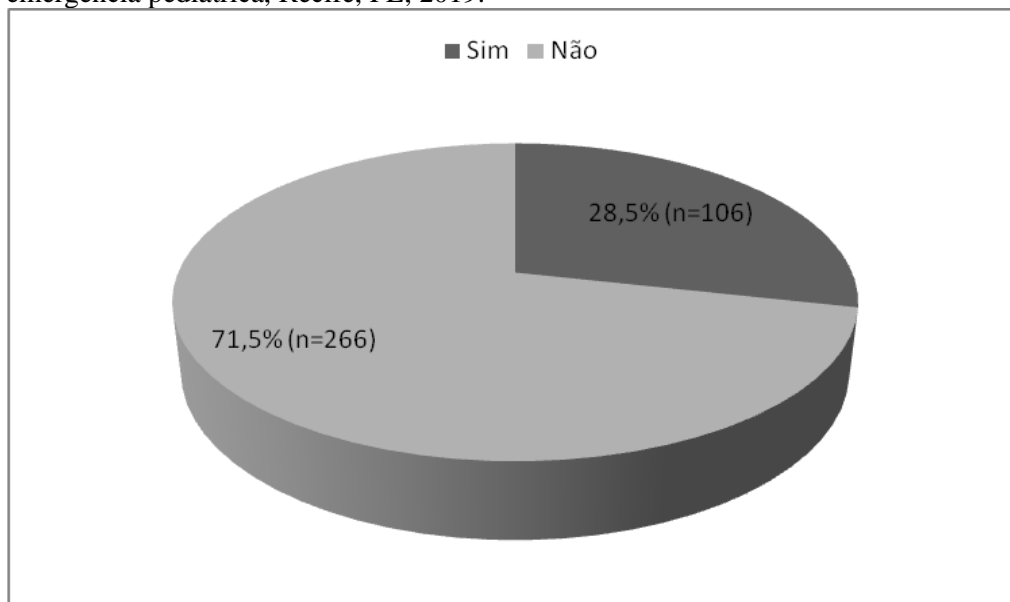
Gráfico 2 - Conhecimento do usuário sobre a formação do profissional que realizou o atendimento da criança na classificação de risco de uma emergência pediátrica, Recife, PE, 2019.



*n=372, pois um dos entrevistados não respondeu ao questionário.

No gráfico 3 percebe-se que 71,5% dos usuários não saberia onde realizar uma reclamação caso se sentissem insatisfeitos com o atendimento recebido na classificação de risco.

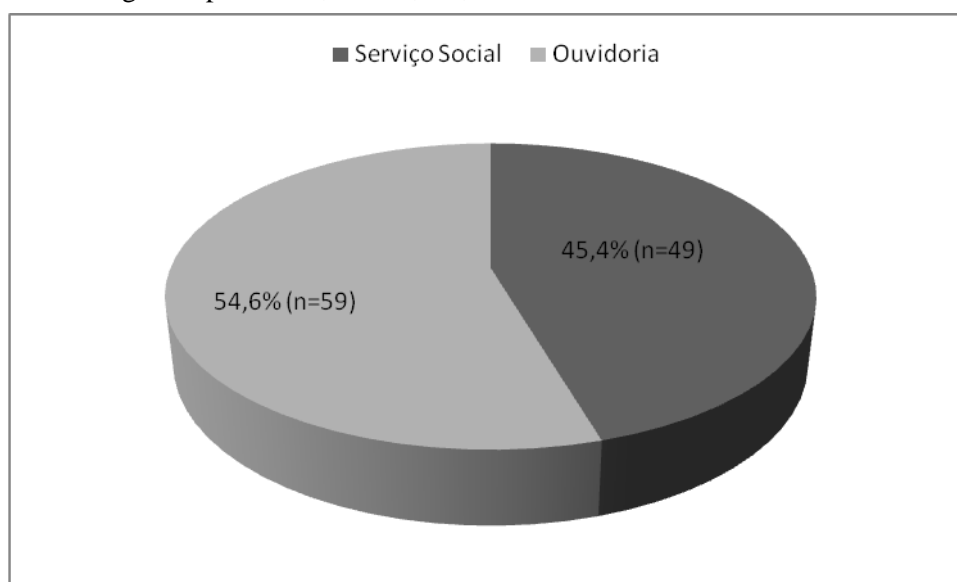
Gráfico 3 - Conhecimento do usuário sobre como realizar uma reclamação caso não se sinta satisfeito com o atendimento recebido na da classificação de risco de uma emergência pediátrica, Recife, PE, 2019.



*n=372, pois um dos entrevistados não respondeu ao questionário.

Quando os participantes que responderam sim a questão anterior foram questionados se sabiam qual o local exato para realizar a reclamação, 54,6% afirmaram que procuraria a ouvidoria do referido hospital, e 45,6% respondeu que procuraria o serviço social.

Gráfico 4 - Conhecimento do usuário sobre o local adequado para realização de reclamações sobre a qualidade do atendimento recebido na classificação de risco de uma emergência pediátrica, Recife, PE, 2019.



*n=106

IV. Discussão

Verificou-se que, dentre o total de acompanhantes das crianças atendidas, a maior parte foi composta por mulheres e mães. Em estudo semelhante a este, o sexo feminino também predominou dentre os usuários que freqüentavam os serviços de emergência¹⁰. A mulher é tida como um pilar básico e fundamental no que se refere ao âmbito familiar, sendo o modo de enfrentamento da hospitalização de um filho, algo distinto para cada família. Entretanto, nos casos em que a criança adoecer, na maioria das vezes as mães preferem permanecer em período integral no hospital com seus filhos, pois assim, além de prestar os cuidados ao filho, há possibilidade de acompanharem a evolução da doença do filho e poderem contribuir para sua recuperação. Ademais, as mães acreditam que com sua presença, as crianças choram menos, melhoram rápido e sentem-se protegidas.¹¹

A maioria dos entrevistados deste estudo possuía o segundo grau completo, mostrando um padrão de escolaridade superior ao dos usuários de outros estudos semelhantes, onde um deles evidenciou que indivíduos com o primeiro grau completo como a escolaridade foi predominante.¹² Em outro estudo, desenvolvido por Oliveira & Pinto (2015), percebeu-se que a maioria dos entrevistados (41%) estudou até o Ensino Fundamental incompleto.

Neste estudo a maior parte dos participantes não possuía plano privado de saúde o que é corroborado pela pesquisa divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que aponta que sete em cada dez brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde para tratamento. A Pesquisa reforça ainda que há grandes desigualdades no acesso à planos privados e isso pode ser visto nas regiões brasileiras, como por exemplo, na região Norte e Nordeste onde a proporção de pessoas sem planos de saúde chega perto de 90%^{13,14}. O motivo pela procura do serviço de saúde de 72,9% dos usuários foi devido à experiência anterior positiva, o que

podemos sugerir que o usuário retornou por ter gostado do atendimento outrora recebido no serviço.

Apurou-se também, no quesito moradia, onde a maioria dos usuários entrevistados era residente da cidade do Recife e da zona urbana, corroborando estes resultados de um estudo mostrando que quanto mais próximo o serviço de urgência estiver do usuário, maior será sua frequência ¹⁵.

No que se refere ao perfil do atendimento de crianças/adolescentes na emergência pediátrica do IMIP em relação à classificação de risco, a maioria dos pacientes classificados neste estudo era da cor verde (70,1%), ou seja pouco urgente, o que corrobora com os dados de estudo recente, em que a maior parte dos atendimentos foram de crianças entre um e cinco anos de idade classificadas na cor verde ⁴. Além disso, a pesquisa realizada por Magalhães e colaboradores (2020), mostra que no que se refere ao grau de comprometimento, a maior parte das crianças e/ou adolescentes do estudo foram classificados como não-urgentes (azul), e como menor urgência (verde). Sendo assim, podemos afirmar que há uma alta frequência de pacientes considerados como não urgentes e/ou de menor urgência que chegam à unidade de emergência pediátrica do IMIP, que embora seja um serviço de grande porte e alta complexidade, ainda sim atende todos os pacientes, mesmo que de demanda espontânea e sem gravidade, como é determinado pelos princípios e diretrizes do SUS¹⁶. Entretanto, é preciso destacar que grande parte destes pacientes poderiam ter sido atendidos nos serviços da atenção primária em saúde diminuindo a superlotação típica dos serviços de emergências públicas do Brasil e fortalecendo o respeito à hierarquização dos serviços do SUS ¹⁷.

A proposta de Classificação Rede IMIP foi elaborada com base no protocolo BH (Acolhimento com classificação de risco, Belo Horizonte)¹⁸ com a colaboração de

diversos profissionais do serviço, seguindo os critérios de prioridade segundo a gravidade sendo a classificação vermelha uma emergência e, portanto com atendimento imediato; a classificação amarela uma urgência com atendimento realizado após o vermelho; a classificação verde, não urgente, logo seu atendimento ocorre após o amarelo. Os classificados como azul são atendidos após o verde e quando necessário, o paciente pode ser acolhido pelo serviço social, pelo Enfermeiro ou médico, para receber as devidas orientações. A Rede IMIP em sua complexidade identificou a necessidade de criar a classificação branca, nas seguintes situações: internamento eletivo de pacientes enviados do ambulatório para emergência, administração de medicamento, procedimentos de baixa complexidade e exames complementares, esta classificação segue um fluxo diferenciado, paralelo às demais classificações sem interferir no que diz respeito à gravidade dos demais pacientes.

Em relação ao conhecimento sobre o tempo de espera recomendado de acordo com a classificação, a grande maioria, 89,8%, não sabia informar a quanto tempo estava naquele local e/ou por mais quanto tempo ainda iria esperar. E apenas 5,1% sabia explicar de fato o significado de cada cor das pulseiras da classificação de risco. Relatou-se, em pesquisas similares, que a escolaridade é um fator que influencia no conhecimento e comportamento do usuário.¹⁹

Embora a escolaridade neste estudo tenha sido superior ao encontrado em outros estudos, este achado não pareceu interferir no conhecimento sobre as cores nas pulseiras. Podemos, dessa forma, inferir que talvez esse esclarecimento não esteja acessível ao usuário, pois quanto mais elevada à escolaridade, mais conhecimento e discernimento crítico o usuário teria sobre os serviços da unidade que frequenta.

Outro ponto importante é que o não conhecimento sobre a classificação de risco pode gerar consequências negativas: indivíduos “passarem na frente” no

atendimento pode gerar questionamentos nos usuários, o que provoca sentimento de injustiça, insatisfações sobre o grande tempo de espera pelo atendimento e, muitas vezes, por não compreenderem e/ou não aceitam a determinação do protocolo, o usuário gera um comportamento agressivo e hostil, trazendo com isso a violência, que gera desgaste tanto ao profissional quanto ao usuário.²⁰

Neste estudo, indagamos os usuários em relação ao seu conhecimento sobre o profissional de saúde que prestou o atendimento à criança na classificação de risco. A maior parte desconhecia o nome do profissional que realizou o atendimento e qual a sua profissão. Dentre a pequena parcela de participantes que sabia qual a formação do profissional que lhe realizou atendimento, a maior parte teve como respostas mais frequentes, os enfermeiros.⁷ No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, e a mesma deve ocorrer mediante a utilização de protocolos que classifiquem o risco apresentado, buscando a priorização do atendimento de acordo com a gravidade apresentada pelo caso (RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012- Lei nº 5.905).²¹

No ano de 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde propôs a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR), recomendando o enfermeiro como responsável pela avaliação do paciente³. Logo, o enfermeiro além de realizar a classificação de risco deve estar sempre buscando melhorias tanto para o serviço como para o seu atendimento frente ao usuário.^{21,22}

Nesse estudo, a maioria dos entrevistados não tinha conhecimento suficiente sobre onde poderiam realizar as reclamações, caso fosse necessário, devido à insatisfação com o atendimento recebido durante a classificação de risco. Dos que afirmaram positivamente, estes declararam que fariam suas reclamações na ouvidoria ou no serviço social. A ouvidoria é de extrema importância nos serviços de saúde, pois

tem um papel de acolhimento frente ao usuário. Tem como objetivo ouvir a população, a fim de analisar e aperfeiçoar seus serviços prestados, bem como defender os interesses do cidadão que tenha seus direitos violados e/ou prejudicados²³. Neste cenário, o assistente social é uma figura importante, que atua na promoção da cidadania, na construção e fortalecimento de redes sociais e de integração as ações e serviços de saúde, e dessa forma, está comprometido com o bem-estar da sociedade.²³

V. CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo possuíam conhecimento bastante deficiente a respeito da finalidade da classificação de risco na emergência bem como sobre o funcionamento, não demonstrando em sua maioria compreensão sobre o significado das cores das pulseiras e desconhecendo qual profissional de saúde realiza o atendimento. Logo, podemos inferir que alguns usuários que são classificados como pacientes “pouco urgentes” ou “não urgentes” podem acabar entrando em conflito com a equipe de saúde por não compreenderem a dinâmica de funcionamento do serviço atual que difere da antiga onde os pacientes eram ordenados por horário de chegada e não por gravidade.

As ações de educação em saúde com a participação de todos os indivíduos envolvidos pode ser considerada como método efetivo para aquisição e compartilhamento dessas informações de forma construtiva. Embora seja comum o grande número de atendimentos realizados na classificação de risco diariamente, os profissionais de enfermagem que atuam na classificação de risco devem se apresentar ao cliente informando seu nome e profissão.

Assim, recomendamos maior divulgação sobre o funcionamento da classificação de risco no próprio âmbito da emergência, por meio de panfletos, cartilhas e banners informativos. Os profissionais da portaria e recepção também devem ser

capacitados para acolher o usuário explicando como se dá a ordenação da fila de espera e o objetivo da classificação de risco, para assim minimizar possíveis situações conflituosas e de estresse para os profissionais de saúde, que lidam com essa situação diariamente.

Referências

1. BARACAT EC. Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. **Revista Paulista de Pediatria**. 2016; v. 34, n.3, p.249-250.
2. INOUE KC *et al.* Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2015; v.28, n.5,p.420-425.
3. BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. Cartilha Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 24 jul. 2020
4. VERAS JEGLDF *et al.* (2019). Classificação de risco em pediatria realizada por enfermeiros com enfoque nas condições clínicas.**Revista Rene**. 2019; v.20, p.e40928.
5. VERAS JEGLF *et al.*Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2015; v.68, n.5, p.913-22.
6. ANDRADE CSM *et al.* **Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria**. INTESA – Informativo Técnico do Semiárido, Pombal-PB. 2016; v. 10, n. 1, p.18-27.
7. AMTHAUER C. **Características da utilização do sistema de triagem de Manchester em uma unidade de emergência pediátrica**. Porto Alegre, 2015. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
8. CAMPOS TS *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. 2020; v.33, p.9786.
9. OLIVEIRA JLC, GATTI AP, BARRETO MS, BELLUCCI JUNIOR JA, GÓES HLF, MATSUDA LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**. 2017; v.26, n.1, p.1–8.
10. GARCIA VM, REIS RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014; v. 67, n. 2, p. 261-267.
11. COLLET N, ROCHA SMM. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2003; v.56, n.3, p.260-264.

12. LIMA CA. *et al.* Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. **Einstein (São Paulo)**, 2015; v.13, n.4, p.587-593.
13. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.
14. GARCIA VM; REIS, RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2014; v.67, n.2, p.261-267.
15. GROUSE AI.; BISHOP RO.; BANNON, AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. **Emergency Medicine Journal**. 2009; v.26, n.7, p.484-486.
16. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200.
17. DA SILVA JÚNIOR SV *et al.* Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. **Enfermagem Brasil**; 2020; v.19, n.1, p.49-57.
18. SANTOS JÚNIOR EA. *et al.* Acolhimento com classificação de risco-Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde [homepage internet]. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodaSUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 15 10 2020.
19. SCHMIDT SMS. *et al.* Analysis of satisfaction of users in a university hospital. **Saúde em Debate**. 2014; v.38, n.101, p.305-317.
20. FREITAS RJM *et al.* A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2018; v.38, n. 3, p.e62119.
21. RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 09 out. 2020.
22. MACKWAY-JONES K, MARSDEN J, WINDLE J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. 1ª edição brasileira. Editora: Grupo brasileiro de Classificação de Risco, 2010.
23. REGO AL. A Atuação do Assistente Social em Ouvidoria: Novo Espaço Ocupacional para o Profissional de Serviço Social. Fortaleza, 2013.

ANEXO I

Folha de aprovação do comitê de ética

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DO USUÁRIO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Pesquisador: rutheanne melo de siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36429320.5.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.228.017

Apresentação do Projeto:

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma estratégia de saúde recente que busca reorganizar os serviços de emergência, permitindo que o enfermeiro por meio da escuta qualificada e baseado em protocolos possa classificar o atendimento de acordo com a gravidade apresentada pelo paciente e não pela ordem de chegada ao serviço. Desta forma, esse estudo objetiva avaliar o conhecimento do usuário frente ao serviço de classificação de risco de uma emergência pediátrica em Recife-PE.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, que será realizada no período de agosto à novembro de 2020 baseado em dados secundários provenientes de uma pesquisa maior intitulada "Satisfação do usuário sobre à classificação de risco em uma emergência pediátrica do Recife " realizada na emergência pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife – Pernambuco no período de novembro de 2018 à fevereiro de 2109.

Continuação do Parecer: 4.228.017

o serviço prestado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: OK

Carta de Anuência: Datada de 03 de setembro de 2018

Currículo Lattes: OK

Orçamento: OK.

Cronograma: Informar o ano.

Dispensa de TCLE: OK.

Termo de Confidencialidade: OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador informa que irá utilizar dados de um banco de um estudo anterior já aprovado no CEP do IMIP -
título : SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DO RECIFE

CAAE: 00180618.4.0000.5201

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios parciais e ao final do estudo por meio de notificação via plataforma Brasil

ANEXO II

Instrumento de coleta de dados (utilizado em pesquisa anterior)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ACOMPANHANTES

Turno da coleta: () Manhã () Tarde () Noite
Grau de parentesco com a criança atendida: () mãe () pai ()
outros: _____
Idade: _____
Sexo: () Masculino () Feminino
Raça: _____
Escolaridade: () analfabeto () básico [1o. a 4o. série] () fundamental [5ª a 8ª
série] () médio [2o grau] () superior () pós-graduação (A)
Município de residência: _____
Local de moradia: () área rural () área urbana
Possui plano de saúde: () sim () não Qual: _____
Por quê você buscou este serviço de emergência?
() experiências anteriores () indicação () outros: _____

CONHECIMENTO DO USUÁRIO SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Pergunta 1: Você sabe o significado das cores das pulseiras?
() sabe muito () sabe parcialmente () não sabe () não teve experiências
anteriores

Pergunta 2: Você sabe até quanto tempo pode esperar pelo atendimento médico, após
passar pela avaliação da classificação de risco?
() Sim () Não _____

Pergunta 3: Para você, qual a finalidade da classificação de risco?

Avaliação do entrevistador: A resposta foi: () Muito satisfatória () Satisfatória ()
Insatisfatória () Não sabe responder

ANEXO III

Norma da revista para autores

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O ma-

nuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser

claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências no final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e

referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.limp.org.br/rbsml>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras

somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.* Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico – Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhoos, 300 Boa Vista
Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br/rbsmi